

Endocardite lenta gonococcica

Dr. H. ANNES DIAS

Prof. da Faculdade de Medicina de Porto Alegre
Membro honorario da Academia Nacional de Medicina

A clinica nos apresenta, de vez em quando, problemas cheios de difficuldades, que exigem o maior cuidado na interpretação diagnostica, eivada de embaraços, entrelaçada de mil obices.

Diante da impossibilidade de um juizo seguro pelo só exame clinico, diversos medicos recorreram, durante mezes, aos exames de laboratorio e estes, por sua vez, se mostraram insufficientes para a solução do problema, que, afinal, a clinica mesma poud resolver.

O caso, que vamos citar, é um desses exemplos em que a clinica, que cederá a principio, voltou a prevalecer, estabelecendo o diagnostico, cuja etiologia, porém, só ao laboratorio foi possivel demonstrar.

E' que se tratava de uma dessas doenças cuja morphologia morbida varia ao sabor das mais diversas injunções organicas ou etiologicas, cujo aspecto clinico impreciso, enganador, de contornos esfumados, permite as mais diversas conjecturas, pondo á amarga prova o tino do medico,

que, ancioso, preocupado, se vê a braços com uma molestia gravissima, mortal, cuja essencia lhe escapa muitas vezes, desafiando, como se deu durante mezes neste caso, os esforços combinados e continuados da clinica e do laboratorio.

E' verdade que a raridade de taes casos é um dos factores dessa situação apremiante e estamos convencidos de que, á medida que o espirito do clinico mais se preoccupar com a possibilidade da endocardite lenta, mascarada sob varios aspectos, mais facil será descobri-la atravez dos seus disfarces.

Eis o resumo da observação, que nos vae permittir estudar a endocardite maligna gonococcica.

A doente, examinada em meados de Janeiro de 1922, informa que o seu mal data de Setembro, nada adiantando sobre antecedentes hereditarios ou molestias anteriores.

Excessivamente pallida, ella apresentava calafrios diarios, com crises sudoraeas e violentas oscillações thermicas.

Informa que desde Setembro a symptomatologia era mais ou menos a mesma.

Fôra tratada, durante mais de tres mezes, por diversos collegas, em assistencia continua, combinada ou em conferencias. Soubemos que os diagnosticos haviam oscillado entre septicemia de causa ignorada, appendicite, meningite tuberculosa, malária, febre typhoide etc., e que os tratamentos feitos constaram de inecções intramusculares e endovenosas de collargol, mercurio, etc., da administração de uraseptina e da provocação de um abcesso de fixação. O primeiro assistente informou que a doença começara com os signaes de um embaraço gastrico, que cedêra ao uso de calomelanos, dieta etc.; que, tres ou quatro dias depois, tudo desaparecia e a doente se levantara; que, no dia seguinte, a febre voltára, queixando-se a doente de dôr na fossa iliaca direita com forte reacção muscular; que foi então feito o diagnostico de appendicite, com o qual concordara um cirurgião chamado em conferencia e que o tratamento medico jugulára taes manifestações abdominaes, *não influindo, no emtanto, sobre a febre, que se mantinha.*

O collega, diante dessa divergencia interessante, resolveu aprofundar o estudo do caso e chegou á conclusão que se achava em face de uma septicemia, cuja causa escapava ás pesquisas feitas. Esse estado se manteve mais ou menos invariavel d'ahi por diante e, em Novembro, a marcha do caso fez pensar em febre typhoide, sendo feita, então, a sôro-reacção de Widal, que foi negativa. A formula leucocyataria, em que se destacava, proeminente, a polynucleose neutrophila. era a seguinte :

	%	
Polymorphonucleares neutrophilos	419....	83,8
Polymorphonucleares eosinophilos	3....	0,6
Polymorphonucleares basophilos	0....	0
Formas de transição.....	5....	1
Mononucleares grandes...	7....	1,4

Mononucleares macrolym-

phocytes	13....	2,6
M. microlymphocytes ...	53....	10,6

Uma hemocultura, feita em principios de Novembro foi negativa, assim como outra feita a 23 do mesmo mez.

Os differentes exames de urina então feitos deram os seguintes resultados :

	8-1-22	3-1-22	25-11-21	14-11-21	7-11-21	
Densidade	1006,3	1013,5	1013,7	1007,5	1019,8	
Albumina	annel	tr. accent.	peq. annel	traços	traços accent.	
Pyina	sim	sim	0	0	sim	
Sangue	sim	0	0	0	vestigios	
Pseudo albumina	traços accent.	vest.	tr. accent.	traços	vestigios	
Pigmentos biliares	vestigios	traços	vest. leves	0	vest. leves	
Acidos biliares	»	»	»	0	vest. leves	
Excesso de indoxyla	»	»	sim	sim	traços	
Reacção	acida	acida	alcalina	alcalina	acida	
Sedimento	multas hematias muitos pyocytes varios cylindros granulosos.	reg. quant. leucocytes	alg. leucoc.	alguns leucocyt.	raros pyocytes	

A molestia marchava com pequenas alternativas, quando, em Dezembro, um acci-

dente cerebral, seguido de hemiplegia, so-breveiu. E' então chamado outro collega que emite a hypothese de uma meningite tuberculosa, sendo feito, nessa occasião, um exame do liquido cephalo-rachidiano, com o seguinte resultado : (12-12-21)

Exame cytologico { lymphocytose intensa
poucos globulos verme-
lhos, raros polynucleares

Exame bacterioscopico — negativo.

Exame cultural — negativo.

Um segundo exame a 17-12-21, dava :

Wassermann — positivo muito fraco (0)

Nonne — positivo intenso

Cytologico — muitos globulos vermelhos

» diversos lymphocytos (9 por campo)

» alguns polynucleares.

Na mesma occasião, o Wassermann do sangue era positivo fraco (+0).

Diante de taes resultados, foi instituido o tratamento mercurial.

Tendo o assistente de então de ausen-tar-se, chamou um collega, que logo foi substituido por outro, que pensou se tra-tasse de um caso de impaludismo e pediu a pesquisa do plasmodio, que foi negativa.

Em Janeiro foi chamado, para tomar conta do doente, o meu particular amigo Prof. U. de Nonohay, a quem devo as no-tas acima, o qual, dada a gravidade do mal e a necessidade de uma assistencia continuada me pediu que o acompanhasse no caso.

A doente, que vinha soffrendo, durante perto de 4 mezes, de uma grave infecção, pontilhada de calafrios, suores, grandes oscillações thermicas, apresentava-se pal-lida, com essa pallidez morna, que tem o cunho de anemia secundaria, mas, a não ser isso, o seu estado geral não mostrava a decadencia que seria de esperar diante de um mal tão grave e tão prolongado.

Moça de 23 annos, branca, casada, ti-

vera um filho, de 3 annos agora; nenhum aborto; fôra submettida, um pouco antes de adoecer, a um tratamento gynecologico que a deixara restabelecida.

O coração batia forte, assim como o pul-so; um sopro systolico da base parecia po-der ser explicado pela anemia existente; o aparelho respiratorio nada apresentava de anormal; quanto ao ventre, havia ligeiro augmento de volume do figado e do baço, notava-se ainda uma certa resistencia dos rectos abdominaes, na parte superior. Havia hemiplegia esquerda; pupillas normaes.

Dos exames de urina, feitos em Janeiro, o ultimo revelava o comprometimento do rim.

Eis que subitamente a doente é acco-metida de forte dôr no braço direito, com ausencia de pulso desse lado: era uma em-bolia da humeral, que aos poucos foi ce-dendo.

Nessa occasião, examinámos a doente pela primeira vez e encontrámos tambem um foco congestivo na base do pulmão es-querdo. Já, então, o quadro não apresen-tava duvidas, estavamos em face de um caso de *endocardite vegetante lenta*, diag-nostico assegurado pela triade — anemia, embolias e grandes oscillações thermicas.

Como a familia da doente recusasse no-vos exames de sangue, e attendendo ao facto de serem negativas as hemoculturas feitas até então, resolvemos fazer a medi-cação anti-estreptococcica, pelo facto de ser o estreptococco viridans o agente mais fre-quente dessa endocardite.

Dias após, sobreveiu outra embolia, desta vez para a perna direita. Um collega, en-tão ouvido em conferencia, concordou com o diagnostico de endocardite vegetante e fez o exame gynecologico, que mostrou existirem ainda signaes de metrite; o puz vaginal apresentava alguns exemplares de gonococco, muitos micrococcos Gram-nega-

tivos e regular quantidade de diplococcos Gram-positivos.

Voltei a insistir com a familia para que fosse feita nova hemocultura, pois apurára que, para as hemoculturas feitas anteriormente, o sangue fôra colhido pela manhã, á hora, pois, da apyrexia. Exigi um exame á hora do maximo de temperatura e este foi, por fim, coroado de successo: a hemocultura revelou o *gonococco de Neisser*.

A formula leucocytaria se mantinha, mais ou menos a mesma:

Polymorphonucleares neutrophilos, 427
85,5 %.

Polymorphonucleares eosinophilos, 0—0.

« basophilos 0—0.

F. do trasição, 8—1,6.

Mononucleares grandes, 12—3,4.

» macrolymphocytos, 13—2,6.

» microlymphocytos, 40—8.

O estado geral da paciente ia peorando sensivelmente. Foram, a seguir, feitas injecções de sôro e vaccina anti-gonococcica.

A febre cedeu um pouco, como se pôde vêr no graphico annexo, sem que se poudesse attribuir esse facto, com segurança, á medicação ou á decadencia da resistencia organica.

Nesse quadro de temperatura, bem se pôde apreciar as consideraveis oscillações, que culminaram no dia 28 de Janeiro, em que de mais de 41.°, cahiu, na manhã seguinte, a 35.°,2.

Nos ultimos dias a temperatura se tornou menos elevada, mas mais continua, mais firme, sem as grandes oscillações, emquanto o estado geral decahia, a dyspnéa se installava, com signaes de insufficiencia renal progressiva, parecendo ter sido esta a causa proxima do desfecho fatal.

— Tal foi o caso clinico, fizemos o diagnostico porque, quando vimos o caso, já os signaes se vinham accumulando de tal modo que não era difficil fazel-o, mas os

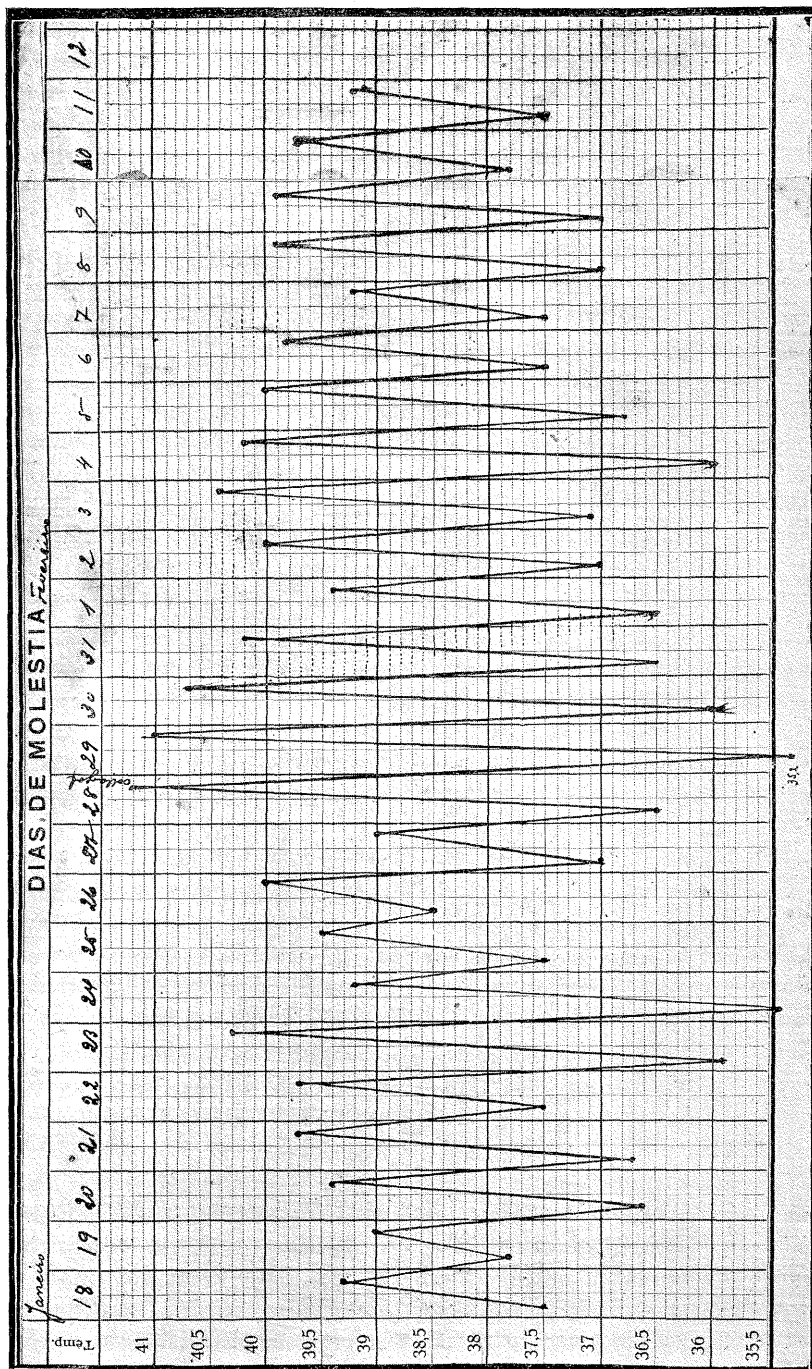
collegas que primeiro o examinaram se viram a braços com difficuldades grandes por lhes faltarem elementos decisivos e por se mostrar alheio o laboratorio.

E' bem possivel que a hemocultura tivesse sido positiva anteriormente si a tomada de sangue fosse feita no momento da temperatura maxima e não de manhã, como geralmente se faz nos hospitaes e na clinica civil. Esse ponto se nos afigura de grande importancia e este caso lhe mostra o valor. Aliás na litteratura medica, a cada momento, a proposito de endocardite lenta, se lê que as hemoculturas foram sempre ou quasi sempre negativas. Assim Achard e Rouillard (Bull. de la S. med. des Hop. de Paris, 1920) dizem que, frequentemente, as culturas são estereis; Lamb e Matthes lembram tambem que muitas vezes ellas são negativas; Hudelo (Traité de Roger — Vidal) diz que o diagnostico etiológico muitas vezes só foi feito post-mortem e que «algumas vezes foi positiva a hemocultura».

Si taes culturas forem tentadas no momento do apogeu da temperatura, serão mais frequentemente positivas.

Como si não bastasse tal obice para a exacta determinação do diagnostico, outros muitos surgem para desorientar o médico, — são os que vamos estudar d'aqui a pouco sob o nome de signaes enganadores.

De tudo que foi relatado, se depreheende que o clinico precisa ter bem presente a possibilidade dessa endocardite tão grave quão insidiosa, que reveste aspectos clinicos multiplos. Não será demais que façamos aqui algumas considerações sobre a *endocardite maligna lenta*, insistindo particularmente sobre a *endocardite gonococcica*, visto que esta é a manifestação mais grave dessa infecção tão espalhada e tão desprezada. Não nos occuparemos da endocardite aguda, de marcha rapida e ge-



ralmente ruidosa, em que o desfecho se faz em poucos dias; iremos abordar o estudo da forma lenta dessa grave lesão, quasi sempre mortal, que póde evoluer durante mezes, com o aspecto de septicemia, geralmente hyperpyretica, entremeada de accidentes embolicos variados.

O seu conhecimento não é muito antigo, pois foi Osler quem primeiro a descreveu de modo definitivo; d'ella existem duas formas evolutivas, a simples e a vegetante ou maligna, — é desta que vamos tratar.

E' rara, tanto que Meissner, em 20.000 autopsias, só a encontrou 20 vezes, mas é mais frequente que a forma simples, plastica ou benigna.

Apresenta-se sob o aspecto de uma septicemia e nada mais é do que uma localisação desta, embora lhe seja muitas vezes o unico signal.

Toda a septicemia chronica deve fazer suspeitar a endocardite lenta septica, pois, como diz Mut, os accessos febris intermitentes, vesperaes, irregulares, não paludicos, se observam de preferencia no decurso de tres processos pathologicos: os processos purulentos, as affecções hepato-biliares e a tuberculose.

Lamb nos diz tambem que a septicemia sem localisação apparente ou desproporcionada ás lesões apparentes deve levantar a hypothese de endocardite. Lian accentua a possibilidade dessa complicação em todo o individuo portador de lesão valvular, que apresente movimento febril irregular, com asthenia. Josué chama a attenção para os cardiacos cuja febre não ceda ao salycilato de soda, pois póde haver no caso endocardite lenta.

E' pois necessario apurar a relação existente entre uma septicemia e uma endocardite, toda a vez que aquella se apresentar insidiosa, sem porta de entrada ap-

parente, sendo de rigor a hemocultura, que irá revelar, na maioria dos casos, o estreptococco viridans, outras vezes o baccillo de Pfeiffer, o pneumococco, o meningococco e, mais raramente, o gonococco de Neisser.

Symptomas da endocardite lenta maligna.

A endocardite maligna lenta, quando devida á gonococcemia, tem a particularidade de apresentar *signaes cardiacos menos agudos* do que os observados nas endocardites devidas a outros microbios (Geyringer e Campusano), mas, afóra isso, os outros symptomas lhes são communs, motivo pelo qual a descripção, que lhe é feita, cabe ás endocardites lentas de qualquer origem.

No caso clinico, que foi exposto, resalta tambem a deficiencia de signaes cardiacos, mas si elles são escassos durante quasi todo o decurso da molestia, para o fim desta elles se apresentam acompanhados de dyspnéa, peso precordial e palpitações.

As lesões cardiacas são geralmente encontradas no coração esquerdo, nos focos aortico e mitral e podem dar logar a sopros systolicos ou diastolicos, que surgem de um momento para outro e cujo maior valor não está propriamente na sua existencia mas na sua variabilidade.

Ao lado dos casos em que, cedo, ha signaes evidentes de lesão endocardica e daquelles em que estes só tardiamente apparecem, alguns ha em que não existem, casos esses particularmente delicados, pelas difficuldades de diagnostico que apresentam.

Quando insignificantes, os signaes cardiacos pódem passar despercebidos e só a autopsia vae revelar a natureza do mal.

Esses signaes se mostram com mais frequencia e, digamos, com menos valor nos individuos que já tinham lesões valvulares chronicas; são os casos mais numerosos, pois Osler poude dizer que nestes mais facilmente a septicemia determina a loca-

lisação cardíaca, tanto que em 3/4 dos casos de endocardite maligna ha lesões anteriores do endocardio. Em taes casos não se observa a variabilidade tão suggestiva dos sopros, a que nos referimos ha pouco.

O pulso, geralmente rapido, molle, tira seu character da localisação valvular : assim, mais vibrante e depressivel na endocardite das sigmoides aorticas, é pequeno nas lesões da mitral. Os signaes vasculares mais importantes nos são dados pelas *embolias*, que constituem accidentes graves, geralmente tardios, muito frequentes na forma pyohemica.

As embolias representam um dos signaes mais característicos da endocardite maligna e condicionam um grande numero de symptomas e complicações, como as nodosidades erythemato-dolorosas encontradas nas extremidades, os insultos renaes, os accidentes cerebraes, pulmonares etc.

A gravidade desses surtos embolicos é accrescida pela circumstancia de se tratar de embolos septicos; o seu valor diagnostico é tal que, num doente febril, a sua existencia deve fazer suspeitar logo a endocardite. As embolias visceraes podem desorientar ainda mais um diagnostico hesitante, como veremos daqui a pouco, quando estudarmos os signaes enganadores.

A formação de aneurismas periphericos deve tambem despertar a attenção, pois só a syphilis e a endocardite lenta são capazes de os produzir.

Estudados, assim rapidamente, os signaes cardiacos e vasculares, vejamos os *signaes geraes*, que são, indiscutivelmente, os mais importantes.

Elles podem preencher todo o quadro clinico, sem que appareçam signaes claros de localisação. Chama, desde logo, a attenção a *pallidez* característica (côr de café com leite), expressão da intensa intoxicação que domina o organismo.

Durante algum tempo, entretanto, certos doentes apresentam um estado geral satisfactorio, logo, porém, apparecem anemia secundaria, diarrhéa, vomitos etc., sendo a anemia, ás vezes, tão pronunciada que faz pensar na anemia perniciosa.

A *febre* é, de todos os signaes geraes, o mais importante ; bastante elevada, com grandes oscillações quotidianas, principalmente na fórma pyohemica, ao passo que na fórma typhoide a febre se mantém mais ou menos elevada, mas com calafrios correspondentes ás reascenções. Na forma pyohemica os accessos febris, ás vezes consideraveis, como se póde vêr no graphico do nosso caso, são precedidos de intenso calafrio e acompanhados de abundante sudacção; a temperatura, que se alça a 40 ou 41 grãos, cáe rapidamente ao nivel normal ou vae mesmo á hypothermia e essas oscillações podem durar dias, semanas, mezes ás vezes.

Geralmente continua, a curva thermica póde mostrar-se descontínua, com remissões em que os accessos são de curta duração, principalmente nos casos muito lentos, mesmo nestes casos, entretanto, póde a curva tornar-se de novo continua, annunciando o progresso do mal.

Outras vezes a marcha da temperatura mostra toda a sorte de irregularidades, signal que, ao lado do character septicemico do caso, deve fazer desconfiar da endocardite.

A febre é, pois, um signal de grande valor, tanto que, em face de uma hyperpyrexia, em que existam lesões hemorrhagicas do rim, ou em que não se verifiquem signaes de febre typhoide ou de tuberculose, é de bom aviso pensar na endocardite maligna. Casos ha em que, durante mezes, a febre é o unico signal que traduz a endocardite, chegando o doente a levantar-se até que o enfraquecimento progressivo o obrigue ao leito.

Assim, na maioria dos casos, o medico vê o doente presa de uma septicemia indefinida, abatido, pallido, com cephalalgia, insomnia, vertigens, ás vezes vomitos, outras vezes arthralgias, manifestações cutaneas (petechias, nodosidades erythemato-dolorosas), esternalgia, manifestações renaes (albuminuria, cylindruria, hematurias microscopicas). Isto no periodo de estado, pois o começo sóe ser insidioso, com lassidão, anorexia, dôres articulares vagas, mal estar geral, arrepios discretos, ligeiro movimento febril etc.

Outras vezes, de inicio apparece o quadro do embaraço gastrico ou de um resfriado, mas a continuação dos symptomas, principalmente da febre, que se accentua e se faz acompanhar de outros signaes de toxi-infecção, deixa vêr que se trata de uma septicemia.

E é a impressão de septicemia que vae ter o medico durante todo o decurso da molestia, impressão que mais e mais se accentúa com o apparecimento dos calafrios, das oscillações thermicas, da asthenia, da anemia, de phenomenos purpúricos, do comprometimento das funcções renal, hepatica etc. Já as oscillações thermicas, a anemia, as manifestações cutaneas e a hematuria devem fazer pensar na endocardite maligna, cujo diagnostico não soffre mais duvida quando as manifestações embolicas se accentuam e os signaes cardiacos apparecem.

O laboratorio nos informará sobre a leucocytose neutrophila, a anemia, as lesões renaes e, pela hemocultura, sobre o agente causador da endocardite.

Formas clinicas.

A endocardite lenta maligna se apresenta sob duas formas principaes, a *pyohemica* e a *typhoide*, podendo, em casos mais raros, occultar-se sob phenomenos visceraes varios, que foram, por alguns aucto-

res, considerados como razão sufficiente para a constituição de fórmulas clinicas secundarias : — cerebral, nephritica, peritoneal, meningitica etc.

A *forma pyohemica* é a mais commum e a de diagnostico mais delicado ; foi uma endocardite pyohemica que victimou a doente de nossa observação, cuja symptomatologia foi typica, reproduzindo quasi toda a descripção feita acima.

A *forma typhoide* póde, de um modo surprehendente, reflectir o quadro da febre typhica, desde o começo insidioso, o abatimento progressivo, a cephaléa, a anorexia, até á prostração, á lingua secca com fuliginosidades, o ventre tenso, as urinas raras e albuminosas, a diarrhéa, o augmento de volume do figado e do baço, uma certa dyspnéa etc. Ainda mais curioso, podem ser observadas manchas rosadas e a temperatura póde ir subindo gradualmente ; bem se comprehende quanto deve ser difficil o diagnostico nesses casos, principalmente se não são notados signaes cardiacos e embolicos ; no capitulo do diagnostico mostraremos como se faz a differenciação.

Signaes enganadores; difficuldades de diagnostico.

A febre, que tem tão grande valor que é, ás vezes, durante muito tempo, a unica expressão clinica da endocardite, ella que existe em quasi todos os casos,—póde tambem servir para, pelo seu character, desorientar o clinico. E' assim que, quando na fórmula pyohemica, se mostra com grandes oscillações de 3, 4 ou 5 grãos, como no nosso caso, póde despertar a idéa de impaludismo ; na fórmula typhoide, póde apresentar-se de tal modo que o diagnostico se inclina para a infecção typhica, a melitococcia etc. e tanto mais facilmente se apparecem manchas rosadas no ventre, como ás vezes se dá na endocardite maligna ; outras

vezes, pela sua duração, pelos suores a que dá lugar, póde fazer pensar na granulia.

Considerando-se que, em certos casos, os signaes cardiacos, physicos ou funcçionaes, podem ser insignificantes, comprehende-se que em certos casos o diagnostico só tenha sido feito pela autopsia.

As *manchas rosadas*, a que fizemos allusão, podem ser motivo de duvida, mas um exame cuidadoso mostrará que estas não desapparecem pela pressão, como se dá com as da *typhoide*.

A *anemia* se mostra, por vezes, tão intensa, que já tem sido tomada como anemia perniciosa (Vaquez), principalmente se o baço está muito augmentado e se a *asthenia* é notavel.

E' uma confusão de primeira impressão que não resiste a um exame sério.

A *hemocultura negativa*, principalmente se o foi repetidas vezes, faz pensar naturalmente que seja o *estreptococco* o germen pathogenico, por ser este o mais frequentemente culpado do mal. Essa questão da hemocultura negativa tem preoccupado certos auctores, tanto que Laache, em recente monographia sobre a endocardite maligna, ao referir que a hemocultura é negativa em 25 % dos casos, declara que a doutrina da natureza bacteriana desse mal ainda não está bem esclarecida. Acham outros que essa prova falha algumas vezes porque só transitoriamente o microbio se acha no sangue.

É, pois, necessario cercar-se do maior cuidado para obter uma hemocultura positiva, não só procurando esta no apogeu da febre, como empregando quantidade grande de sangue; talvez a falta dessas precauções seja a causa de tantos resultados negativos.

Os *sopros cardiacos*, que constituem um signal capaz de, muitas vezes, levantar as duvidas existentes, se torna, em outras occasiões, causa de erro. Já vimos que

se deve pensar em endocardite maligna quando ha uma *asystolia febril*, principalmente se ha *hyperpyrexia*, mas devemos saber tambem que o *rheumatismo agudo* póde apresentar surtos agudos no evoluer de uma endocardite já *chronica* e teremos, então, os signaes de endocardite ao lado da *hyperthermia*; estes surtos, no emtanto, cedem ao uso do *salicylato* e da *digital*.

Outras vezes, podem existir sopros e não se pensa na endocardite, attribuindo-se-os aos progressos da insuficiencia cardiaca na *septicemia*.

A coincidencia de uma *septicemia* com sopros cardiacos obriga o medico a pensar, em primeiro lugar, na endocardite maligna. Devemos pensar mas não affirmar, porque não basta essa coincidencia para o diagnostico, pois os sopros podem ser *anorganicos* ou, sendo *organicos*, nada ter que vêr com a infecção actual, sendo o reliquat de uma endocardite antiga. Por outro lado, se o caso de endocardite lenta se apresenta com pouca febre, os sopros são facilmente considerados como *anemicos*.

Esses sopros são, assim, armas de dois gumes, que tanto orientam como desorientam e que nos vêm mostrar, mais uma vez, que os signaes clinicos devem ser estudados em conjuncto; é preciso que se apoiem mutuamente, cada um de per si pouco valendo, mas muito significando em conjuncto.

Diagnosticó differencial.

Este deve ser feito com:

a) — a *febre typhoide*, pois a endocardite maligna póde reproduzir o quadro dessa infecção desde os primordios, com abatimento, *cephalalgia*, perturbações digestivas, lingua fuliginosa, augmento de volume de baço e de figado, manchas rosadas, temperatura mais ou menos estavel e póde, ainda, apresentar complicações taes como a hemorrhagia intestinal, consequen-

cia de um embolo da arteria mesenterica superior. Vejamos quaes os signaes differenciaes nesses casos tão interessantes :

A *reacção de Widal* deve ser feita, mas o seu valor deve ser apreciado á luz das seguintes condições : si negativa, deve ser repetida e conjugada com a hemocultura e os outros signaes ; si positiva, saber se o doente não teve ainda febre typhoide ou se foi vaccinado contra esta.

A *curva thermica*, bem estudada mostrará na maioria des casos, differenças apreciaveis e a semelhança, a principio manifestada, vae desaparecendo á medida que a doença progride.

Além disso, a temperatura é mais oscilante e se acompanha de sudação, o que não é usual na febre typhoide ; é, então, que o diagnostico precisa ser feito com as paratyphoides.

A *leucocytose*, constante e elevada na endocardite, contrastará com a leucopenia habitual da f. typhica.

O *pulso* é rapido e bem differente do da fórma typica da infecção eberthiana.

Os *signaes abdominaes* são mais accentuados nesta, ao passo que na endocardite o que domina é o estado septicemico sem localisação precisa até que sobrevenham os signaes cardiacos ou embolias.

As *manchas roseas typhicas* differem das da endocardite, que não são só hypere-micas, mas persistem á pressão e apresentam o centro amarello esverdeado.

— b) com as *septicemias de outra origem*; para tal differenciação so ha duas ordens de signaes decisivos :

a cultura, para determinar o germen em acção e os signaes que caracterisam o acometimento do endocardio, estes já descriptos.

Quanto á cultura, devemos dizer que o gonococco, encontrado no caso de endocardite lenta, que estudamos, não cos-

tuma ser observado em taes condições ; elle dá logar mais vezes, á endocardite maligna aguda, como se póde vêr no quadro de Lamb e Von Glahn (Med. Clinics 1922). Esses auctores dividem as endocardites em *primarias*, (em que a unica lesão importante é a endocardite) e *secundarias*, em que a lesão do endocardio é apenas parte da septicemia, que apresenta varios focos septicos. Os casos agudos se resolvem em poucas semanas, os chronicos levam mezes ; quasi todos os casos chronicos são produzidos pelo estreptococco não hemolytico, alguns pelo germen da influenza ; os agudos são causados pelo estreptococco hemolytico, pelo estaphylococco aureo, pelo pneumococco e pelo gonococco.

Kinsella diz mesmo que o gonococco e o estaphylococco causam uma endocardite de evolução rapida, mortal dentro de um mez. Munzer e Debré tambem insistem na maior frequencia do estreptococco, sendo que Debré diz que esse agente só ataca um coração já lesado.

Como se vê, o nosso caso se reveste de uma particularidade de apresentar o gonococco como agente de uma endocardite muito lenta.

A possivel dependencia da septicemia e da lesão endocardica com uma porta de entrada poderá, algumas vezes, orientar as pesquisas; embora a precedencia de uma infecção genital possa fazer pensar na natureza gonococcica, só a hemocultura é que permitirá affirmar esta. Ainda a proposito de gonococcemia, que nos seja dado dizer que é bem possivel que certas infecções puerperaes, causantes de endocardites, sejam devidas ao gonococco. (Meakins).

Quanto aos signaes dependentes da evolução do mal, pouco poderão elles adiantar, embora Geyringer e Campusano pensem que os symptomas da endocardite gonococcica

sejam menos ruidosos, não excedendo a temperatura de 39,5, sendo mais frequente no homem, etc.; o nosso caso mostra bem quanto são falhas essas indicações.

— c) com o *impaludismo*. Os grandes accessos febris, precedidos de fortes calafrios e terminados por crises sudorais, fazem lembrar a malária e esse foi um dos diagnósticos feitos no caso. Essa dúvida dura pouco, a não ser que se trate de um 1.º acesso de typo continuo, sobrevindo em localidade muito infectada. No impaludismo, os accessos são mais regulares, cedem á quinina e apresentam os tres estados do acesso bem independentes, — calafrio, febre e suores, ao passo que, na endocardite, isso não se dá tão nitidamente (Mut), além disso, não se observa, nesta ultima a euforia que, no malarico, succede á queda thermica. Por outro lado, a pesquisa do plasmodio póde decidir o litigio, assim como a hemocultura, os signaes cardiacos etc.

— d) com a *tuberculose aguda, miliar*. Esta apresenta mais regularidade nas fluctuações da temperatura e do pulso, tem os suores nocturnos, ha grande compromettimento do estado geral, dyspnéa denunciadora etc. A leucocytose, os signaes cardiacos e a hemocultura concorrerão para a differenciação.

— e) com a *meningite cerebro-espinal*. Algumas vezes as phases iniciaes da endocardite apresentam grande semelhança com aquella, tornando necessarios os exames do liquido cephalo-rachidiano e do sangue para esclarecer a situação.

— f) com o *hyperthyroidismo, agudo, basedowiano*, pois este póde dar logar a calafrios, febre, suores, tachycardia, dilatação cardiaca com sopros correspondentes que simulam, por um momento, o quadro da endocardite. A pesquisa dos signaes oculares, o augmento de volume da thyroide, a historia do caso, postos em cfrononto com a leucocytose neutrophila e os outros sig-

naes da endocardite não deixarão prevalecer a duvida.

A endocardite póde simular ainda affecções visceraes ou das serosas; o doente póde apresentar, como manifestação mais relevante, uma nephrite, expressão de embolia; póde, como o acabam de mostrar em dois casos Massary e Boulin, evolver sob a capa de uma peritonite ou de um pleuriz, não se revelando assim a endocardite, que a autopsia demonstrou, senão pelos infarctos sub-serosos. A meningite, o pleuriz ou a peritonite póde occupar a primeira plana no quadro clinico e, por isso, esses medicos recommendam que, em presença de um caso de peritonite etc., sem etiologia apparente, se pense na possibilidade de um endocardite maligna.

Ainda, a respeito de diagnostico, convém citar Morawitz, que diz que a presença de aneurismas periphericos é um signal aproveitavel, pois, além da endocardite maligna, só a syphilis é capaz de os produzir.

Poucas doenças apresentarão tão trabalhosa differenciação diagnostica como esta, que, ora desdobra vasto e complexo conjuncto symptomatico, simulando varias entidades morbidas, ora se occulta sob o disfarce de um mal visceral distante.

Prognostico

E' fatal na quasi totalidade dos casos. A endocardite é a mais grave das metastases gonococcicas (Lemierre), produzindo a morte em pouco tempo, 2 a 4 semanas, salvo rarissimas excepções (Kinsella, Silvestrini). O nosso caso, destoando da regra, de ser a endocardite gonococcica aguda e rapidamente fatal, apresentou uma fórma muito lenta, de mais de 5 mezes. Mesmo os casos que, a principio, se mostram discontinuos, com intervallos de apyrexia, acabam por tomar uma marcha continua, o pulso se torna molle, rapido, a temperatura se faz oscillante e o doente, qualquer que tenha sido a marcha ante-

rior, vae terminar por um dos modos seguintes :

- a) em asystolia
- b) por accidentes septicos (pericardite purulenta, pleuriz, peritonite etc.)
- c) por accidentes embolicos (no cerebro, pulmão, etc.)
- d) por anemia e cachexia progressivas.
- e) por uremia (resultado da toxemia ou de infarctos renaes)

f) por complicações hemorrhagicas, consequentes á séria alteração da crase sanguinea que póde sobrevir no fim da molestia.

De um modo geral, o gonococco e o estaphylococco costumam determinar uma endocardite rapidamente mortal, o estreptococco a produz mais lenta, mas igualmente mortal.

Tratamento

Poderá parecer ocioso este capitulo, dada a improficuidade dos meios therapeuticos até aqui empregados, mas, se não podemos apresentar ainda um tratamento curativo, temos o poder de exercer uma acção prophylactica muitas vezes efficaz.

Nesse sentido, é recommendavel o maior cuidado com os individuos que estão atravessando um ataque de rheumatismo agudo, principalmente na convalescença, porque a complicação endocardica póde estar então latente (Parsons Smith) e o maior repouso deve ser aconselhado, ao lado de uma medicação energica.

Achamos que, estando demonstrado que a endocardite maligna ataca de preferencia os portadores de lesões endocardicas chronicas, estes devem tomar precauções especiaes em face de infecções em fóco ou outras, recorrendo ás vaccinas autogenas.

Declarada a endocardite deve-se tudo tentar para dominal-a, tendo em vista que o caso curado de Hemsted (Lancet, 1913) provavelmente não foi o unico e razões ha, sobradas, para suppôr que a therapeu-

tica consiga vencer este mal, como já o fez com outros similares.

Dever-se-á recorrer á sorotherapia e á vaccinotharapia nos casos em que for estabelecida a identidade do germen pathogenico. Nos casos de lesão estreptococcica, Debré aconsella a autovaccina conjuntamente com sôro de cavallos que tenham sido immunisados com o estreptococco encontrado no proprio doente.

Morawitz propõe a injeccão de sangue homologo; outros aconsellam a proteinotharapia. Os colloidaes, principalmente o rhodio (lantol), têm sido empregados.

Münzer aconsella o néosalvarsan.

O tratamento dessa endocardite é, pois, um capitulo aberto, talvez por muito tempo ainda.

Como resultado desta palestra, vamos salientar alguns pontos de interesse clinico :

A endocardite maligna não é senão a localisação cardiaca de uma septicemia, mas póde ser a unica manifestação desta.

Ella pode existir, muito tempo, sem signaes cardiacos apparentes.

Embora quasi todos os tratadistas achem que a endocardite gonococcica é de marcha rapida, ella póde ser muito lenta, como no caso que estudámos.

Na endocardite maligna gonococcica os signaes cardiacos costumam ser menos agudos dos que na de outra causa.

Uma endocardite maligna apresenta-se muitas vezes com o aspecto da asystolia febril.

Numa septicemia acompanhada de sopros cardiacos, póde não haver endocardite maligna e estes serem anorganicos ou pre-existentes á septicemia e extranhos a esta.

A hemocultura deve ser tentada no momento da temperatura maxima e a quantidade de sangue retirada deve ser maior do que a que habitualmente se tira.